



## Article Original

## Aspects Épidémiologiques et Cliniques du Lymphœdème dans le Service de Dermatologie du CHU Gabriel Touré (Bamako)

*Epidemiological and clinical aspects of lymphedema in the dermatology department of the University Teaching Hospital Gabriel TOURE, Bamako*

Gassama Mamadou<sup>1,2,&</sup>, Karabinta Yamoussa<sup>1,2</sup>, Diarra Mariam<sup>1</sup>, Koné Mamadou<sup>1</sup>, Tall Koureissi<sup>1</sup>, Sanogo Abdoulaye Mélégué<sup>3</sup>, Sissoko Madou<sup>1</sup>, Berthé Siritio<sup>1,2</sup>, Cissé Abdoulaye<sup>1</sup>, Keita Alimata<sup>1</sup>, Karambé Tenin<sup>3</sup>, Konaté Issa<sup>2,4</sup>, Faye Ousmane<sup>1,2</sup>, Diawara Habibatou<sup>2,3</sup>.

### RÉSUMÉ

**Introduction.** Les lymphœdèmes sont la conséquence d'une stase lymphatique provoquant une augmentation de volume du membre atteint. Plus fréquent qu'on l'imagine si l'on ne connaît que les formes caricaturales, le lymphœdème impose un bilan, à cause de son association fréquente avec une tumeur, un traitement, son caractère invalidant, et ses complications potentielles. **Objectif.** Reporter la prévalence du lymphœdème au CHU Gabriel Touré et décrire le profil sociodémographique et les aspects cliniques des cas de lymphœdème. **Matériels et méthodes.** Il s'agit d'une étude transversale descriptive portant sur les cas de lymphœdème au CHU de Gabriel Touré durant la période du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 Décembre 2017. **Résultats.** durant la durée de l'étude nous avons recensé 111 cas de lymphœdème sur 9435 patients consultés soit une prévalence hospitalière de 1,18%. Le sexe féminin a représenté 65,5% des cas. La tranche d'âge de 31 à 50 ans a représenté 53,61% avec une moyenne d'âge de 36,74 ans. Les femmes au foyer ont représenté 32,7%, les conducteurs 27,7%, les couturiers 16,9%, les cultivateurs 13,1% et les éleveurs 9,6%. La durée d'évolution de plus 12 de mois a représenté 67,3% des cas et la durée d'évolution de moins de 6 mois a représenté 27,3% des cas. La localisation au membre inférieur (jambe et pied) a représenté 89,1% des cas et la localisation au membre supérieur 10,9% des cas. L'origine infectieuse du lymphœdème était présente chez 79,5% des cas. L'Échodoppler a été réalisée dans 53,1% des cas, la radiographie standard dans 15,6% des cas et l'échographie dans 31,3% des cas. **Conclusion.** La prévalence hospitalière du lymphœdème est de 1,18%. Le patient type est une femme d'âge compris entre 30 et 51 ans, avec une durée d'évolution supérieure à un an. L'atteinte est souvent unilatérale et le membre inférieur est neuf fois plus atteint que le supérieur. L'étiologie est en règle infectieuse.

### ABSTRACT

**Introduction.** The lymphedema are the consequence of lymphatic stasis causing an increase in the volume of the affected limb. More often, the imagination is the same as that of the caricature forms, lymphedema imposes a balance sheet, a cause of its frequent association with a tumor, a treatment, an invalid character, and its potential complications. **Objective.** To determine the prevalence of lymphedema at the University Teaching Hospital Gabriel Toure and to describe the socio-demographic profile and clinical aspects of lymphedema cases. **Methods.** It was a descriptive cross-sectional study of lymphedema cases at the teaching Hospital Gabriel Toure during the period from January 1st 2013 to December 31st 2017. **Results.** During the period of the study, we identified 111 cases of lymphedema out of 9435 patients, giving a hospital prevalence of 1.18%. There were female (65.5%). The age group 31-50 years was 53.61% with an average age of 36.74 years. The housewives were 32.7%, the drivers 27.7%, the dressmakers 16.9%, the farmers 13.1% and the breeders 9.6%. The evolution period of more than 12 months represented 67.3%. The lower limb (leg and foot) was affected in 89.1% of cases and 10.9% for the upper limb. The infectious etiology represented 79.5% of cases. Doppler ultrasonography was performed in 53.1% of cases, standard radiography in 15.6% of cases and ultrasonography in 31.3% of cases. **Conclusion.** The hospital prevalence of lymphedema is 1.18%. The typical patient is a women in the 30-51 year rage group, with a disease present for more than one year. The lower limb is nine times more often affected than the upper limb and the disease is usually unilateral. The etiology is mainly infectious.

(1) Centre national d'appui à la lutte contre la maladie (CNAM), Bamako, Mali.

(2) Faculté de médecine et d'Odontostomatologie.

(3) Service de Dermatologie du Centre hospitalo-universitaire de Gabriel TOURE

(4) Service des Maladies infectieuses du Centre hospitalo-universitaire de Point G.

### &Auteur

**correspondant : Dr**  
GASSAMA Mamadou,  
Maitre-Assistant,  
FMOS/USTTB,

BP : 251, Bamako/Mali,  
Tél (+223) 76423921,  
Email :  
[gasdiaby@yahoo.fr](mailto:gasdiaby@yahoo.fr)

**Mots clés :** Lymphœdème,  
Epidémiologie, Clinique,  
CHU Gabriel TOURE,  
Bamako.

**Keywords:** Lymphedema,  
Epidemiology, Clinical,  
Teaching hospital Gabriel  
TOURE, Bamako.

## INTRODUCTION

Les lymphœdèmes sont la conséquence d'une stase lymphatique provoquant une augmentation de volume du membre atteint [1]. Le lymphœdème est un œdème riche en protéines dû à une réduction de la capacité de transport du système lymphatique. Il s'agit d'une maladie chronique, handicapante et altérant la qualité de vie, l'éducation thérapeutique vise à aider le patient à mieux accepter sa différence et à devenir acteur de sa propre santé. Toutes les régions anatomiques pourvues de lymphatiques peuvent être atteintes de lymphœdème, mais l'atteinte des membres est la plus fréquente [2]. Les lymphœdèmes sont classés en primitifs et secondaires [3]. Le lymphœdème primaire est lié à une malformation de tout ou une partie du système lymphatique. Il peut être congénital (Maladie de Milroy) dans moins de 10% des cas, de révélation précoce (avant 35 ans) dans 65 à 80% des cas ou tardive (après 35 ans) dans 10% des cas [1]. La prévalence du lymphœdème primaire est estimée à 1/6000 et celle secondaire est approximativement de 11,5 cas par million d'habitants [4]. Les lymphœdèmes secondaires sont liés à une altération des collecteurs survenant après une thrombose veineuse profonde, des épisodes infectieux (érysipèle, lymphangite), une oblitération parasitaire (filariose), une compression, un envahissement tumoral, une destruction des vaisseaux lymphatiques après chirurgie ou radiothérapie [5]. Si l'origine infectieuse est prévalente dans les pays en développement, dans les pays développés, la première cause de lymphœdème est le traitement du creux axillaire dans le cancer du sein [6]. Ce lymphœdème est appelé lymphœdème secondaire du membre supérieur. Trois stades ont été définis par l'International Society of Lymphology selon l'évolution du lymphœdème [7]. Le lymphœdème impose des bilans à cause de ses étiologies multiples et ses complications potentielles. Au Mali, peu d'étude ont été réalisées sur les lymphœdèmes d'où l'intérêt de la présente étude. Le but est d'étudier les aspects épidémiologiques et cliniques du lymphœdème dans un milieu hospitalier dermatologique.

## PATIENTS ET MÉTHODES

Notre étude s'est déroulée au service de Dermatologie-Vénérologie du centre hospitalier universitaire (CHU) Gabriel Touré. Cette structure est l'une des structures sanitaires de référence au niveau nationale du Mali. Il s'agissait d'une étude transversale descriptive de tous les cas de lymphœdème recensés dans le service de dermatologie du CHU Gabriel Touré durant la période du 1<sup>er</sup> Janvier 2013 au 31 Décembre 2017, soit 5 ans. Les critères d'inclusion ont été les suivants: tout le cas de lymphœdème vu en consultation dans le service de dermatologie du CHU Gabriel Touré quel que soit l'âge et le sexe durant la période d'étude. Non inclusion: lymphœdème, œdème d'origine cardiaque et rénale Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête. Le traitement et l'analyse statistique des données ont été réalisés à l'aide du logiciel EPI INFO 6.04 version française et les Saisies avec les logiciels Microsoft Word. Le consentement libre et éclairé de tous nos patients a été obtenu avant leur inclusion.

## RÉSULTATS

Nous avons recensé 111 cas de lymphœdème conformes à notre définition sur 9435 patients soit une prévalence hospitalière de 1,18%. Il y avait 72 femmes (65,5%) et 38 hommes (34,5%).

La tranche d'âge de 31 à 50 ans a représenté 53,61% avec une moyenne d'âge de 36,74 ans. Les femmes au foyer ont représenté 32,7%, les conducteurs 27,7%, les couturiers 16,9%, les cultivateurs 13,1% et les éleveurs 9,6%. Dans les antécédents, nous avons retrouvé la notion de surpoids dans 66,2% et l'insuffisance veineuse chronique dans 43,8% des cas. La durée d'évolution de plus de 12 mois a représenté 67,3%, la durée d'évolution de moins de 6 mois a représenté 27,3% et la durée d'évolution de 6 à 12 mois a représenté 5,4% des cas. La localisation au membre inférieur (jambe et pied) a représenté 89,1% des cas (**Figure 4**), la localisation au membre supérieur 10,9% (**Figure 3**). L'atteinte était bilatérale dans 34,5% (**Figure 5**) et unilatérale dans 65,5% des cas.



**Figure 3** : lymphœdème du membre supérieur gauche post infectieux.



**Figure 4** : lymphœdème du membre inférieur après greffe de la peau.



**Figure 5 :** lymphœdème des membres inférieurs bilatéraux.

Après mensuration, nous avons observé que 14% des cas avaient une circonférence entre 10 à 20 cm, 52% des cas entre 21 à 30 cm, 11% des cas entre 31 à 40 cm, 18% entre 41 à 50 cm et 5% plus de 50 cm.

Dans 71,8% des cas, les patients avaient un lymphœdème au stade II, alors que 18,3% avaient un lymphœdème au stade III et 9,9% au stade I. (Figure 2)

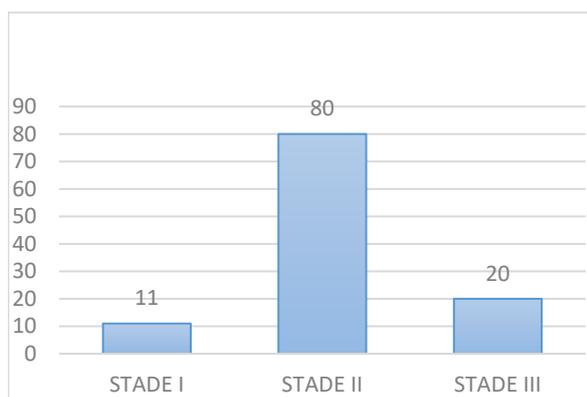


Figure 2: Répartition des cas selon le stade évolutif

Comme signes associés, l'hyperkératose a représenté 62,47% des cas, pachydermie 26,3% des cas et l'éléphantiasis 11,23% des cas. L'origine infectieuse de lymphœdème a représenté 79,5% des cas (érysipèle 41,45%, fasciite nécrosante 17% filariose 15,2%, et lymphangite 5,85%) et les autres étiologies (exérèse chirurgicale, traitement anticancéreux et traumatisme) 20,5% des cas. (Tableau I)

**Tableau I :** Répartition des cas de lymphœdème selon l'étiologie

Étiologies	Effectifs	%
<b>Érysipèle</b>	<b>46</b>	<b>41,45</b>
<b>Infections</b>		
Fasciite	19	17
Filariose	17	15,2
Lymphangite	6	5,85
<b>Traumatisme</b>	15	13,5
<b>Exérèse chirurgicale</b>	5	4,25
<b>Traitement Anticancéreux</b>	3	2,75
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

L'Échodoppler a été réalisée dans 53,1% des cas, la radiographie standard 15,6% et l'échographie dans 31,3% des cas.

## DISCUSSION

Au terme de notre étude, nous avons colligés 111 cas de lymphœdème soit une prévalence hospitalière de 1,18 %. Le sexe féminin a prédominé notre étude dans 65,5% des cas. Ce résultat est inférieur à Ouled TA. en 2013 qui trouve une nette prédominance féminine 75,8 % contre 24,2 % [8] ce qui concorde avec les données de la littérature selon lesquelles les lymphœdèmes atteignent les femmes dans 2/3 des cas [9].

En effet, les données publiées montrent que le lymphœdème touche plus les femmes que les hommes. Allen en 1934 [10] sur une série de 300 cas montrant une nette prépondérance féminine allant jusqu'à 87 %. En 1957, Kinmonth et al. Publièrent une étude composée de 107 cas et confirmèrent la prédominance féminine avec 72 % [11], même chiffre qu'Allen rapporté par Brunner en 1986, sur une série de 536 cas, une large différence des femmes (87%) aux hommes (13%) [12]. La tranche d'âge de 31 à 50 ans a représenté 53,61% avec une moyenne d'âge de 36,74 ans. Ce résultat est différent de ce lui de Bongard O. et la littérature qui affirment que les lymphœdèmes surviennent avant l'âge de 35 ans et cela pourrait s'expliquer la prédominance de lymphœdème secondaire dans notre étude dont les facteurs favorisant l'érysipèle et les filarioses. Les femmes au foyer, les Conducteurs, les Couturiers ont prédominé notre étude dans respectivement 32,7%, 27,7% et 16,9% des cas. Cette prédominance s'explique par le fait de la sédentarisation qu'exigent ces professions. La notion de surpoids a été retrouvé dans 66,2% des cas qui est inférieur à celui de Ouled TA. qui a rapporté l'obésité dans 41,9% [8]. Nos patients dans 67,3% avaient plus de 12 mois d'évolution de leur lymphœdème et cela peut s'expliquer par les habitudes traditionnelles selon lesquelles les malades entreprennent de traitements traditionnels avant de venir à l'hôpital. Les membres inférieurs ont été la localisation la plus fréquente de notre étude soit 89,1% des cas. Ce résultat est comparable à celui de Bongard O. qui trouve une localisation des membres inférieurs dans 90,2% des cas [4] et à celui de Ouled TA. qui trouve la localisation des membres inférieurs dans 80,6 % des cas. Le stade II de la sévérité de lymphœdème a été prédominant dans 71,8% des cas, stade III dans 18,3% et le stade I dans 9,9%. Ces résultats sont comparables à Ouled TA. qui trouve au stade II dans

58%, au stade III dans 22,58% et au stade I dans 19,35% des cas. L'origine infectieuse de lymphœdème a prédominé notre étude dans 79,5% des cas avec l'érysipèle en tête dans 41,45%, des cas. Contrairement à Ouled TA. où c'est après traitement d'un cancer du sein. L'Échodoppler a prédominé dans 53,1% des cas comme examens complémentaire et cela pourrait contribuer au diagnostic clinique et différentiel.

## CONCLUSION

Le lymphœdème des membres est une pathologie chronique et invalidante altérant la qualité de vie. Il a un impact physique, psychique, social et professionnel. La prévalence du lymphœdème est en augmentation dans les pays tropicaux sahéliens du fait de l'émergence et de

la réémergence des maladies tropicales négligées qui constituent un problème majeur de santé publique dans de nombreux pays en développement.

Le diagnostic précoce des pathologies infectieuses permet de diminuer l'apparition de la maladie et de limiter son évolution.

La prévalence hospitalière du lymphœdème est de 1.18%. Le patient type est une femme d'âge compris entre 30 et 51 ans, avec une durée d'évolution supérieure à un an. L'atteinte est souvent unilatérale et le membre inférieur est neuf plus atteint que le supérieur. L'étiologie est en règle infectieuse.

**Conflits d'intérêts:** aucun conflit d'intérêt.

## RÉFÉRENCES

1. Vignes S. Lymphœdèmes secondaires. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris)*. 2004 ; (27) : 110-54.
- 2- Saurat JH, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle JM. Attente lymphatique. *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*. Masson, Paris 4<sup>e</sup> édition. 2004; 747-749.
3. Janbon C, Soulier SV. Lymphœdème primaire. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris)*. Angéiologie. 1997 ; 19-3010, 7p.
4. O. Bongard. Lymphœdème des membres inférieurs. Le point de vue de l'angiologue. *Rev Med Suisse* 2002; volume (2) : 221-55
5. Vignes S, Coupé M, Baulieu F, Vaillant L et le groupe de recommandations de la Société Française de Lymphologie. Les lymphœdèmes des membres: diagnostic, explorations, complications. *J Mal Vasc* 2009; 34:314-22.
6. Petrek JA, Pressman PI, Smith RA. Lymphedema: current issues in research and management. *Cancer J Clin* 2000; 50: 292-307.
7. Kaulesar Sukul DM, den Hoed PT, Johannes EJ, van Dolder R, Benda E. Direct and indirect methods for the quantification of leg volume: comparison between water displacement volumetry, the disk model method and the frustum sign model method, using the correlation coefficient and the limits of agreement. *J Biomed Eng* 1993; 15: 477-80.
8. OULED TA. Les lymphœdèmes des membres à propos de 33 cas [Thèse]. *Chirurgie vasculaire: Maroc* ; 2013.
9. Damstra RJ, Van Steensel MA, Boosma JH, Nelemans P, Veraart JC. Erysipelas as a sign of subclinical primary lymphoedema: a prospective quantitative scintigraphic study of 40 patients with unilateral erysipelas of the leg. *Br J Dermatol* 2008; 158:1210-5.
10. Allen EV. Lymphoedema of the extremities: classification, etiology and differential diagnoses : study of 300 cases. *Arch Intern Med* 1934; 54: 606-624.
11. Kinmonth JB, Taylor GW, Tracy GD, Marsh JD. Clinical and lymphangiographic studies of a series of 107 patients in which the lower limbs were affected. *Br J Surg* 1957;45:1-0.
12. Brunner U. Clinique et test au bleu du LOP des membres inférieurs. *Plébologie*. 1986 ; 39 :629-647